Bulletin N°13 – Décembre 2025

1) Du côté des autorités. Dans le PLFSS voté il y a quelques jours, il est confirmé que la vaccination contre les méningocoques **B et ACYW** est désormais **obligatoire pour tous les enfants nés à partir du 1er janvier 2023**. En clair, cette obligation concerne également les enfants qui ont aujourd'hui entre **2 et 3 ans**. Une autre surprise du PLFSS est le vote d'un article (Art. L. 4211-4.) permettant de disposer de certains vaccins dans les centres de santé et chez les médecins et infirmiers. On n'y est pas encore et on attendra les décrets pour y croire. Par ailleurs, la vaccination des femmes **et des hommes** contre les papillomavirus humains (HPV) jusqu'à l'âge de **26 ans** est **enfin officiellement remboursée**.

2) Du côté des épidémies : données du réseau de surveillance pédiatrique PARI (ACTIV-AFPA) et de l'observatoire VIGIL (ACTIV-AFPA). L'épidémie de bronchiolites, qui est en **décroissance rapide** (Lien 1)**,** a été la plus modeste depuis 9 ans chez les enfants suivis par les pédiatres. L'immense majorité des enfants a été prélevée à l'aide de **tests antigéniques multiplex AAZ** (VRS, grippe A & B, COVID). Le **VRS** était impliqué dans **plus de 60% des cas**. Cette situation favorable s'explique à la fois par une **excellente couverture d'immunisation en maternité** (vaccination maternelle ou anticorps monoclonaux), proche de **90%** chez les enfants nés depuis le 1er sept., et également par un **rattrapage Nirsevimab satisfaisant par les pédiatres**, estimé à environ **80% pour les 3-6 mois, ce qui est loin d'être le cas pour les autres vaccinateurs**. Les données PARI montrent également une **augmentation de l'âge médian** des enfants avec bronchiolite : **7,5 mois avant le Nirsevimab** à **11 mois actuellement**.

Si l'on compare cette épidémie à celles des années précédentes, la particularité de cette saison est la **concomitance assez forte avec l'épidémie de grippe**. Toutefois, contrairement à la grippe, il y a **peu de probabilité que l'épidémie de bronchiolite reparte** à la suite des vacances scolaires (Lien 2).

L'épidémie de grippe, quant à elle, a débuté avec une **précocité inhabituelle** et **n'a pas encore atteint son pic**. Les tests de diagnostic rapide ont été **largement utilisés** (dans plus de **80 % des syndromes grippaux**) et **plus de 80 %** de ces tests étaient positifs pour la **grippe A** (Lien 3). Il est prévisible que, comme les années précédentes, l'épidémie **reparte et s'amplifie après les vacances de fin d'année** (Noël et Jour de l'An). Le **sous-clade K (également appelé J.2.4.1)** correspond à un virus de grippe **A(H3N2)**, connu pour être **plus virulent** que les virus A(H1N1). Il est responsable de cette phase épidémique, ayant accumulé plusieurs mutations entraînant des **modifications de l'hémagglutinine**. Il est probablement **plus transmissible**, peu de personnes disposent d'une immunité naturelle contre ce clade, et les dernières données d'efficacité sur le terrain en Angleterre suggèrent une **efficacité modeste du vaccin injectable**, de l'ordre de 30 à **40 %,** alors qu'elle est à plus du double pour le vaccin nasal. Une fois de plus, nous saluons le manque de clairvoyance de la Commission dite de « transparence » ; Mais on finit par avoir l'habitude…

Les données de l'observatoire VIGIL montrent que, comparativement à la PCR, le test antigénique utilisé cette année chez l'enfant présente, outre une **spécificité déjà connue comme excellente (proche de 100 %)**, une **sensibilité également excellente (≈ 90 %)**, tant pour le **VRS** que pour la **souche de grippe circulante**.

3) Pour votre information

Nous vous conseillons de lire le **Baromètre de Santé publique France** (Lien 4), présentant les résultats de l'édition 2024 sur la vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences. Il apparaît toutefois que la **confiance vaccinale est la plus faible dans les populations défavorisées**, avec un écart d'environ **–10 % par rapport aux populations favorisées**, soulignant la nécessité d'**efforts renforcés d'éducation et d'accompagnement**.

4) Du côté des produits

Le **Capvaxive®**, vaccin conjugué contre le pneumocoque destiné aux **personnes de plus de 65 ans** et aux **adultes à risque d'infections pneumococciques**, est désormais **disponible en pharmacie et remboursé**. Il est **recommandé par la CTV** pour ces patients, **au même niveau que le Prevenar 20®**.

Infovac vous invite à participer à son enquête concernant la vaccination antipneumococcique chez l'adulte.

5) En réponse à vos questions

Faut-il vacciner contre la varicelle une patiente de 74 ans que je devais vacciner contre le zona, mais qui n'a pas de souvenir d'avoir eu la varicelle et dont la sérologie varicelle est négative ? **Non !!** Chez la personne âgée, une sérologie VZV négative n'exclut pas une infection antérieure, pouvant refléter une baisse des anticorps liée à l'immunosénescence. Compte tenu de la très forte prévalence de la varicelle, l'hypothèse d'une absence totale de contact avec le VZV est peu probable, même sans antécédent clinique connu.

Aucune recommandation ne préconise de documenter une sérologie VZV avant l'administration du vaccin contre le zona (Shingrix®). S'agissant d'un **vaccin recombinant inactivé**, son administration est sans risque, y compris chez un sujet potentiellement non immunisé contre la varicelle. De plus, y compris chez des sujets immunodéprimés, séronégatifs et sans antécédent de varicelle, Shingrix® est immunogène et efficace.

En revanche, il est **moins certain** que ce vaccin protège également contre la **varicelle**, et **rien ne permet d'affirmer qu'une vaccination contre la varicelle à l'âge de 74 ans soit dénuée de risque** chez ce type de patients.

Robert Cohen, Isabelle Hau, Franck Thollot, Carterine Weil-Olivier, Didier Pinquier, Francois Vie le Sage, Pierre Bakache, Piedre Bégué, Georges Thiebault, Véronique Dufour, Anne-Sophie Romain, marie-Aliette Dommergues, Hervé Haas